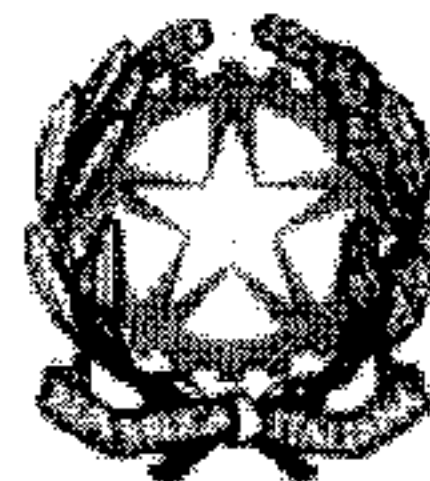


**Giustizia amministrativa**

A cura del Segretariato Generale della Giustizia amministrativa

**Consiglio
Tribunale**[Torna alla pagina precedente](#)**N. 02151/2015REG.PROV.COLL.
N. 03085/2013 REG.RIC.****REPUBBLICA ITALIANA****IN NOME DEL POPOLO ITALIANO****Il Consiglio di Stato****in sede giurisdizionale (Sezione
Terza)****ha pronunciato la presente****SENTENZA**

sul ricorso numero di registro
generale 3085 del 2013, proposto
da:

Comune di [REDACTED],

rappresentato e difeso dall'avv.

[REDACTED], con domicilio

eletto presso lo studio [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

contro

Presidente *p.t.* della Regione

[REDACTED] nella qualità di

Commissario *ad acta* per il Piano di rientro dai disavanzi settore sanitario, Presidenza del Consiglio dei ministri, Ministero dell'economia e delle finanze, Ministero della salute, rappresentati e difesi per legge dall'Avvocatura generale dello Stato, domiciliataria

[redacted]
Regione [redacted] rappresentata e difesa dall'avv. [redacted]

[redacted], con domicilio eletto presso l'avv. [redacted]

[redacted]
Azienda Sanitaria Provinciale di [redacted] rappresentata e difesa dagli avv. [redacted] e

[redacted], con domicilio eletto presso l'avv. [redacted] in

[redacted]
[redacted]

nei confronti di

[redacted] s.r.l., [redacted]

[redacted] ed [redacted]

[redacted]

rappresentati e difesi dagli avv.

[redacted]

[redacted], con domicilio

eletto presso l'avv. [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED],

per la riforma

della sentenza del T.A.R.
CALABRIA
CATANZARO :SEZIONE I n.
00065/2013, resa tra le parti,
concernente riordino rete
ospedaliera, rete di
emergenza/urgenza e rete
territoriale

Visti il ricorso in appello e i relativi
allegati;

Visti gli atti di costituzione in
giudizio di Presidente p.t. Regione
[REDACTED] nella qualità di
Commissario ad acta per il piano di
rientro dai disavanzi del settore
sanitario, Presidenza del Consiglio
dei ministri, Ministero
dell'economia e delle finanze e
Ministero della salute, e di Regione
[REDACTED] di Azienda Sanitaria
Provinciale di [REDACTED] di [REDACTED]
[REDACTED] ed [REDACTED]
[REDACTED]

Viste le memorie difensive;
Visti tutti gli atti della causa;
Relatore nell'udienza pubblica del
giorno 26 febbraio 2015 il Cons.
Angelica Dell'Utri e uditi per le
parti l'avv. [REDACTED],
l'avv. dello Stato [REDACTED],
l'avv. [REDACTED] su delega
dell'avv. [REDACTED] e
l'avv. [REDACTED] su delega
dell'avv. [REDACTED];
Ritenuto e considerato in fatto e
diritto quanto segue.

FATTO e DIRITTO

1.- Con ricorso davanti al TAR per
la Calabria, sede di Catanzaro, il
Comune di [REDACTED] ha
impugnato il decreto 22 ottobre
2010 n. 18 del Presidente della
Giunta regionale della [REDACTED] in
qualità di Commissario *ad acta* per
l'attuazione del piano di rientro dai
disavanzi del settore sanitario, nella
parte in cui si dispone la
riconversione dell'ospedale generale
(di base) "Guido Chidichimo" di
[REDACTED] in ospedale distrettuale,

nonché gli atti presupposti, tra cui il piano di rientro approvato con deliberazione n. 845/2009 della Giunta regionale, le deliberazioni nn. 490 e 492 del 2010 della Giunta regionale, la deliberazione 30 luglio 2010 del Consiglio dei ministri, di nomina del Commissario *ad acta*, e la determinazione 7 dicembre 2010 del Commissario straordinario dell'ASP di [REDACTED]. A sostegno del ricorso deduceva censure di:

- illegittimità della deliberazione del Consiglio dei ministri per incompetenza ed illegittimità derivata del decreto commissariale 22 ottobre 2010 n. 18;
- illegittimità dei provvedimenti impugnati per eccesso di potere, sviamento, esubero dai limiti di mandato, evidente irragionevolezza, disparità di trattamento, contraddittorietà intrinseca e contrasto col Piano sanitario regionale 2007-2009, violazione dei LEA, del Piano sanitario nazionale, del Patto per la salute 2010-2012, della deliberazione n. 908 del 2009

della Giunta regionale e dell'art. 2, co. 95, della legge n. 191 del 2009;

- illegittimità degli atti gravati per assoluta incertezza sul debito e sul reale disavanzo della sanità calabrese;

- violazione del d.lgs. n. 502 del 1992 e del Piano per la salute regionale sotto il profilo del mancato coinvolgimento delle istituzioni locali e della Conferenza dei sindaci.

Con atto contenente motivi aggiunti, il Comune ha impugnato per illegittimità derivata anche i decreti del Commissario *ad acta* 5 luglio 2011 n. 54, recante “Linee guida per l'adozione degli atti aziendali”, e 22 luglio 2011 n. 65, di parziale rettifica delle dette “Linee guida”, l’ “Atto aziendale” dell’ASP di [REDACTED] del 22 settembre 2011, la “relazione” al suddetto atto aziendale, le tabelle e gli atti relativi alla struttura organizzativa ivi contenuti.

Con ulteriore atto, contenente motivi aggiunti, ha impugnato

altresì il decreto 20 novembre 2011 n. 106 del Commissario *ad acta*, di approvazione del riordino della rete ospedaliera *ex* d.P.G.r. n. 18 del 2010, ed il decreto 21 dicembre 2011 n. 235 dello stesso Commissario *ad acta*, di individuazione dei siti per la realizzazione delle case della salute, lamentando come con tali atti l'ospedale di [REDACTED] risultasse ulteriormente svilito per la mancata attribuzione dei 50 posti letto previsti dal piano di rientro e la trasformazione in CAPT (Centro di Assistenza Primaria Territoriale) o "casa della salute" in contrasto col piano di rientro ed i precedenti atti, insistendo nel censurare la costruzione dell'ospedale di Sibaritide consistente in una delle ragioni della riconversione di quello di [REDACTED], ma ancora futura ed ipotetica come la realizzazione della pista di atterraggio di elicotteri.

Con ultimo atto contenente motivi aggiunti, ha impugnato anche la deliberazione 29 dicembre 2011 n.

4100 dell'ASP di [REDACTED], avente ad oggetto la programmazione della riconversione degli ospedali di [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] e [REDACTED] con cui, nell'approvare l'organizzazione provvisoria della rete di assistenza territoriale, il Pronto soccorso dell'ospedale di [REDACTED] è stato trasformato in PPIr (Punto di Primo Intervento rafforzato) ed è stata sospesa l'attività di cardiologia.

2.- Con sentenza 24 gennaio 2013 n. 65 della sezione prima, notificata il 1° febbraio seguente, il ricorso ed i successivi motivi aggiunti sono stati respinti. In sintesi, premessa la vincolatività, in forza della relativa disciplina speciale e d'emergenza, degli interventi individuati dal Piano di rientro, il TAR ha disatteso il primo motivo poiché la nomina è stata adottata ai sensi dell'art. 4, co. 2, d.l. 159 del 2007, fatto salvo dalla legge n. 191 del 2009 nei limiti in cui non in contrasto con essa, e con atto del 19 giugno 2010 del Presidente del Consiglio dei ministri

la Regione [REDACTED] era stata diffidata all'adozione di tutti gli atti idonei al conseguimento degli obiettivi del piano di rientro.

Circa il secondo motivo, ha osservato che ai sensi dell'art. 2, co. 83, della legge 23 dicembre 2009 n. 191 il Commissario deve adottare tutte le misure previste dal piano, ma anche gli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali implicati dal piano in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano stesso, quindi pure provvedimenti di riorganizzazione più efficiente della rete ospedaliera, anche riducendo i posti letto previsti nel medesimo piano, dovendo perseguirne l'ottimale attuazione, e tenuto conto che anche gli atti di programmazione regionale (d.G.R. 490 del 2010) prevedono la riduzione dei posti letto. Ha poi ritenuto insussistente la violazione degli standard di assistenza

ospedaliera fissati dal Patto per la salute 2010-2012, poiché la riconversione prevede un punto di primo intervento funzionante ininterrottamente, è prevista la realizzazione di un polo ospedaliero di Sibaritide con pista di atterraggio di elicotteri e vi è breve distanza tra l'ospedale di [REDACTED] e quelli di [REDACTED] e [REDACTED].

Quanto al disavanzo, ha rilevato che è adeguatamente provato in atti, mentre dai documenti tecnici allegati al decreto n. 18 del 2010 emerge l'attenta e completa istruttoria eseguita dal Commissario circa i costi delle strutture interessate alla riconversione e la determinazione del fabbisogno di prestazioni ospedaliere.

In ordine al lamentato coinvolgimento degli enti locali, ha considerato che l'attribuzione di poteri di sostituzione "straordinaria" agli organi governativi consente la deroga a disposizioni, anche normative, che

potrebbero ostacolare il rapido raggiungimento degli obiettivi programmati.

Infine, sulla mancata attribuzione dei 50 posti letto ha ribadito quanto innanzi e sulla trasformazione del Pronto soccorso ha evidenziato come anche il provvedimento in questione risulti emanato a seguito di adeguata istruttoria e nell'esercizio di poteri di natura tecnica di cui è indimostrato l'esercizio irragionevole, tenuto anche conto che i motivi dedotti sono volti a dimostrare la "opinabilità tecnica" delle effettuate scelte ma non la loro contrarietà al principio di ragionevolezza.

3.- Con atto inoltrato per le notifiche il 28 marzo 2013 e depositato il 24 aprile seguente il Comune di [REDACTED] ha appellato detta sentenza, contestandone in cinque motivi le argomentazioni e conclusioni.

L'Avvocatura generale dello Stato si è formalmente costituita in giudizio in data 3 maggio 2013 nell'interesse

dei Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze, del Presidente della Regione [REDACTED] in qualità di Commissario *ad acta* e della Presidenza del Consiglio dei ministri.

Il 4 ed 7 seguenti si sono costituite in giudizi l'ASP di [REDACTED] e la Regione [REDACTED] ed hanno svolto controdeduzioni.

Con memoria del 19 settembre 2014 il Comune appellante ha confutato le difese avversarie ed insistito nelle proprie tesi e richieste

In data 22 settembre 2014 si sono costituite in giudizio a sostegno dell'appellante la [REDACTED] s.r.l., titolare di un [REDACTED] e le associazioni [REDACTED]

[REDACTED]

Con ordinanza 18 novembre 2014 sono stati disposti incombenti istruttori a carico del Commissario *ad acta*. In memoria l'appellante ha contestato la documentazione prodotta al riguardo.

L'appello è stato introitato in decisione all'udienza pubblica del 26 febbraio 2015.

4.- Ciò posto, va in via logica prioritariamente esaminato il secondo motivo del medesimo appello, con cui si sostiene che il TAR abbia errato nel ritenere legittima la nomina del Commissario in puntuale rispetto dell'art. 4, co. 2, del d.l. n. 159 del 2007, giacché in ricorso si era invece inteso censurare la mancata applicazione della diversa e speciale norma di cui all'art. 22, co. 4, del d.l. 1 luglio 2009 n. 78 (conv. in l. n. 102/2009), in base alla quale la Presidenza del Consiglio avrebbe potuto nominare il Commissario, sia per l'elaborazione del piano che per la sua attuazione, solo dopo apposita diffida alla Regione ad elaborare il piano di rientro e solo dopo che detto piano, una volta approvato nei termini, fosse stato ritenuto non congruo. Nella specie è accaduto invece che, dopo la diffida, con deliberazione 20

settembre 2009 n. 585 la Giunta regionale ha approvato una prima volta il piano di rientro, non ritenuto congruo, senza però che si procedesse alla nomina ma prorogando il termine per una nuova stesura del piano, sulla base dell'impegno all'uopo assunto dalla Regione. La stessa situazione si è ripetuta dopo l'approvazione di un secondo piano con delibera 28 novembre 2009 n. 752, tant'è che è rimasta nella competenza della Giunta (delibera 16 dicembre 2009 n. 845) l'ultima rimodulazione del piano, ritenuta congrua e seguita dalla sottoscrizione dell'accordo 17 dicembre 2009. Pertanto il Commissario non avrebbe potuto essere nominato, tanto meno per la sola attuazione del piano, poiché tale ipotesi non è contemplata né dall'art. 4 della legge n. 222 del 2007, né dall'art. 2, co. 83, l. n. 191/2009. Il detto art. 4 della legge n. 222 del 2007, anche ove da intendersi non superato dalla normativa successiva, nel

disciplinare la diversa ipotesi della mancata attuazione del piano (non la mancata approvazione o la sua incongruità), prevedeva che la nomina del commissario *ad acta* fosse incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento. Vale a dire che, a differenza della legge n. 191 del 2009 prevedente (per il caso di mancata approvazione o incongruità) la nomina del presidente della regione a commissario riconducendo ad una sola figura la predisposizione e l'attuazione del piano, la legge n. 222 del 2007 risponde alla diversa *ratio* di separare nettamente la figura del commissario da qualsiasi altro incarico istituzionale, dunque compreso quello di presidente della regione.

4.1.- Al riguardo, la Sezione osserva che, contrariamente a quanto sostenuto, non è applicabile alla fattispecie in esame il disposto

dell'art. 22, co. 4, del d.l. n. 78 del 2009, il quale disciplina il caso di nomina del Commissario per la predisposizione del piano triennale di rientro dai disavanzi qualora la Regionale [REDACTED], pur diffidata a predisporlo, non presenti il piano stesso ovvero il piano presentato sia valutato non congruo. Nella specie invece, come peraltro espone lo stesso appellante, il piano era stato ritenuto congruo, ancorché nella sua seconda stesura, e tuttavia in sede di verifica periodica della sua attuazione da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti e del Comitato permanente per la verifica (previsti dagli artt. 12 e 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, richiamati dall'art. 4, co. 1 del d.l. 1° ottobre 2007 n. 159, il cui disposto è fatto salvo all'art. 2, co. 85, della legge - finanziaria 2010 - 23 dicembre 2009 n. 191 in quanto non in contrasto con le disposizioni dello stesso articolo) nella riunione del 27 maggio 2009 sono stati ritenuti sussistenti i presupposti per

l'avvio della procedura prevista dallo stesso art. 4, vale a dire la diffida alla regione ad adottare entro il termine di quindici giorni, ivi previsto, tutti gli atti amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi del piano (co. 1) e, nel caso in cui la regione non adempia ovvero gli atti e le azioni posti in essere, valutati dai predetti Tavolo e Comitato, risultino inidonei, la nomina di un commissario *ad acta* per l'intero periodo di vigenza del singolo piano di rientro (co. 2). Procedura lievemente variata dal cit. art. 2, co. 83, della successiva legge n. 191 del 2009, il quale affida al Consiglio dei ministri, anziché al Ministro dell'economia e delle finanze (di concerto con quello della salute e sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie locali) la formulazione della diffida e prevede anch'esso, in caso di inadempienza nei sensi suindicati accertata dai menzionati Tavolo e Comitato, la

nomina del commissario *ad acta*, tuttavia precisando che “il Consiglio dei ministri (...) in attuazione dell’articolo 120 della Costituzione nomina il presidente della regione o altro soggetto commissario *ad acta* per l’intera durata del piano di rientro”.

4.2.- Nella specie, come risulta dalla deliberazione del Consiglio dei ministri adottata nella riunione del 30 luglio 2010, la diffida è stata inoltrata con nota 18 giugno 2010 del Presidente del Consiglio dei ministri, l’accertamento dell’inadempienza è avvenuto nella riunione del Tavolo e Comitato dell’8 luglio 2010 (in cui si è ritenuto che “permangono criticità ed inadeguatezze tali da confermare i presupposti, già manifestati nel mese di maggio 2010...”)) ed in relazione a ciò col citato d.P.C.m. è stato appunto nominato, nella persona del Presidente pro tempore della Giunta della Regione [REDACTED] (in linea col menzionato art. 2, co. 83, l. n. 191 del 2009) il

Commissario *adacta* per la “prosecuzione” ed “attuazione” del vigente piano di rientro e, in particolare, per la realizzazione degli interventi prioritari elencati nel medesimo decreto, tra cui vi è al n. 2 il “riassetto della rete ospedaliera con adeguati interventi per la dismissione/riconversione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia ...”.

4.3.- Ne deriva la piena legittimità della nomina e della scelta di investire il Presidente pro tempore della Giunta regionale, ma anche, peraltro sotto il mero profilo formale, degli atti commissariali impugnati, i quali rispondono tutti allo scopo indicato dal n. 2 del menzionato elenco ed implicano, ovviamente, il potere di discostarsi dalla previsione di precedenti atti amministrativi quali il programma di riorganizzazione della rete ospedaliera precedentemente adottato dagli ordinari organi regionali (cfr., sul punto, Cons. St.,

sez. III, 20 maggio 2014 n. 2576, richiamata dallo stesso appellante).

È questo il caso della deliberazione n. 492 del 2010 adottata dalla Giunta regionale, la quale, pertanto, il Commissario ben poteva legittimamente disattendere onde pervenire ad “adeguati interventi per la dismissione/riconversione dei presidi”. Tanto comporta la reiezione della corrispondente censura svolta nell’ambito del primo motivo d’appello.

5.- Analogamente è a dirsi delle doglianze di cui al terzo motivo d’appello, con cui si contesta la pronuncia del primo giudice nella parte in cui si nega che il Commissario fosse incorso in eccesso di potere, andando oltre i limiti del mandato consistenti nell’attuare il piano, poiché la normativa gli consentirebbe di adottare non solo le misure indicate nel piano, ma anche “altre” misure, quali una riorganizzazione più efficiente della rete ospedaliera, dunque anche la riconversione

dell'ospedale di [REDACTED]

L'appellante sostiene invece che, poiché i poteri del Commissario sono limitati alla "prosecuzione del piano di rientro" sicché, ancorché vincolato anche alla rimozione di atti, pure legislativi, incompatibili con la sua attuazione, egli non avrebbe potuto discostarsi dal piano stesso, elaborato dalla Regione ed approvato dal Consiglio dei ministri, non prevedente il declassamento dell'ospedale di [REDACTED].

La tesi del primo giudice è corretta.

Il Commissario ha infatti agito in conformità al disposto del cit. art. 2, co. 83, della legge n. 191 del 2009, nella parte in cui stabilisce che "Il commissario adotta tutte le misure indicate nel piano, nonché gli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali da esso implicati in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano" nel quadro, in particolare, del

suindicato precipuo compito affidatogli inerente il “riassetto della rete ospedaliera con adeguati interventi per la dismissione/riconversione dei presidi”. In altri termini, al fine di pervenire alla completa, pronta e concreta attuazione del piano di rientro il Commissario è investito di ampi e straordinari poteri, implicanti la possibilità di adozione di “ulteriori” atti quali, appunto, quelli di riconversione di presidi.

6.- Non è condivisibile neanche il quinto motivo, inteso a ribadire la censura concernente l'assenza di forme di consultazione e partecipazione degli enti locali, comunità, cittadini e istituzioni interessati al riordino della rete ospedaliera, ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. n. 502 del 1992 e del piano sanitario regionale.

La Sezione ha già avuto modo di affermare su tale specifico punto come, trattandosi di una situazione di emergenza da risolvere con procedimenti improntati alla

urgenza di intervenire ed alla centralità del periodico monitoraggio da parte dei Ministeri “affiancanti” il Commissario, non risultano applicabili né le disposizioni del Piano per la salute 2004-2006, né il d.lgs. n.502 del 1992, né la legge della Regione [REDACTED] n. 11 del 2004 che, invece, nell’ambito della ordinaria programmazione sanitaria regionale, disciplinano le modalità di partecipazione degli enti locali attraverso organismi collegiali quali la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, il Comitato dei sindaci di distretto e la Conferenza aziendale dei sindaci (cfr. cit. n. 2576 del 2014).

7.- Di contro, la Sezione ritiene fondate alcune doglianze, disattese dal primo giudice, sostanzialmente di irragionevolezza, difetto di adeguata istruttoria e difetto dei presupposti in relazione all’individuazione dell’ospedale “Chidichimo” di [REDACTED] quale presidio da riconvertire; doglianze

avanzate in primo grado soprattutto nel secondo motivo dell'atto introduttivo del giudizio (onde non trova fondamento l'eccezione di inammissibilità sollevata dall'appellata Regione per la diversa formulazione dei vizi) e riproposte in questa sede nell'ambito dei motivi primo e quarto, ma che pervadono l'intero contesto dell'atto d'appello come del ricorso originario e successivi motivi aggiunti.

7.1.- In particolare, anche alla luce dell'esito della disposta istruttoria vanno condivisi i profili di censura con cui si deduce come il deficit strutturale delle reti di trasporto nel territorio di riferimento, l'orografia ed i correlati tempi di accessibilità ai distretti di [REDACTED] e [REDACTED], prima ancora di quelli al centro HUB di [REDACTED], rendano impossibile un'efficace trattamento di una "emergenza sanitaria" partendo da [REDACTED] o dai Comuni del suo distretto, pur

tenuto conto del primo trattamento presso il P.P.I.r.

La Regione oppone il pieno rispetto degli standard sanitari a tutela dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), i quali con riferimento alla tempestività e prossimità dei ricoveri fissano in 60 minuti i tempi di percorrenza per raggiungere il più vicino presidio ospedaliero (Hub, Spoke o ospedale generale), giacché i reali tempi di percorrenza sarebbero di 48 minuti per raggiungere i presidi di [REDACTED] e [REDACTED] e 49 minuti per raggiungere quelli di [REDACTED] e [REDACTED]. A suo avviso, poi, sarebbe errato l'assunto secondo cui i LEA resterebbero garantiti solo con l'apertura dell'ospedale della Sibaritide, dal momento che, come risulta dai decreti nn. 18 del 2010 e 106 del 2011, gli stessi LEA risultano assicurati nel territorio di riferimento con riguardo allo stato attuale delle strutture pubbliche e private esistenti, tenuto conto che nel Comune di [REDACTED] viene

istituito un “sistema integrato consistente in un Centro di Assistenza Primario Territoriale (CAPT), un Punto di Primo intervento funzionante h24, un elisoccorso”. In particolare, si sottolinea la previsione dell’attività 24 ore su 24 del CAPT di [REDACTED], il quale “è fornito di apposita pista di atterraggio che nei casi più gravi di emergenza/urgenza garantirà un trasporto immediato dei pazienti attraverso l’elisoccorso”, restando in ogni caso escluso il mantenimento dell’ospedale generale per carenza del parametro del numero minimo di accessi al pronto soccorso e, d’altra parte, con la razionalizzazione della rete ospedaliera si sarebbe inteso non ridurre i servizi, bensì trasformare le prestazioni nel contempo eliminando i ricoveri inappropriati, ma con “forte potenziamento dell’assistenza residenziale e domiciliare dei pazienti che, in

conseguenza di ciò, non necessiteranno di ricovero”.

7.2.- In proposito, il Collegio rileva che, se è ben vero come il disposto riordino della rete ospedaliera, in particolare la trasformazione dell'ospedale generale di [REDACTED] in ospedale distrettuale, poi CAPT-casa della salute con P.P.I.r., si basi sulla situazione in atto esistente, senza considerare la futura (ed incerta) realizzazione dell'ospedale della Sibaritide, è altrettanto vero che i presupposti fattuali oggettivi da cui esso muove non sussistono, come confermato dagli esiti dell'istruttoria svolta a tal riguardo ed articolata sulle distanze ed i tempi di percorrenza dai 17 Comuni del distretto di [REDACTED] ai presidi di [REDACTED], [REDACTED] [REDACTED] e [REDACTED] sulla realizzazione della pista di atterraggio e decollo per elicotteri presso il CAPT di [REDACTED] sulle azioni di potenziamento dell'assistenza residenziale e domiciliare.

In tale sede, con la relazione inoltrata con nota datata 13 gennaio 2015 la struttura commissariale, precisato tra l'altro che il P.P.I. è finalizzato a garantire il trattamento delle urgenze minori e la stabilizzazione del paziente ad alta complessità per consentirne il trasporto al pronto soccorso più appropriato e che, peraltro, è stato elaborato un documento recante una nuova riorganizzazione delle reti assistenziali, compresa quella ospedaliera, che il documento è stato inviato ai Ministeri vigilanti le cui osservazioni sono state già recepite, ma che allo stato attuale non è stato ancora approvato, circa le chieste notizie sulle distanze e tempi di percorrenza ha allegato le relative tabelle, premettendo di aver potuto ottenere dall'A.C.I. solo i dati ufficiali relativi alle distanze, quindi di aver tratto i dati relativi ai tempi di percorrenza dal servizio *Google Map*.

Circa l'anzidetta pista, ne ha di fatto affermato l'inesistenza, esponendo

che è stato solo acquisito un preventivo per l'espletamento delle verifiche di fattibilità, mentre l'accennato documento (ancora in itinere) ne prevede la realizzazione da ultimarsi entro il 30 giugno 2015. Quanto al terzo elemento notiziale, ha esposto che è stata attivata una residenza sanitaria di 10 posti letto, estensibili a 20, a completamento dell'offerta esistente composta da due case protette con 86 e 23 posti letto ed una terza struttura i cui posti letto sono stati aumentati da 4 a 10, mentre l'assistenza domiciliare è stata potenziata per effetto dell'utilizzo di personale infermieristico derivante dalla riconversione ospedaliera, cosicché gli assistiti sono passati da 80 agli attuali 450. Inoltre, a seguito dell'integrazione del Distretto con i Comuni, si fornisce assistenza a circa 500 soggetti non autosufficienti tramite personale sociale a carico dei Comuni. Infine, per la riabilitazione domiciliare di pazienti è intervenuto un protocollo

d'intesa tra Comune di [REDACTED]
ed ASP per l'utilizzo di due
fisioterapisti LSU del Comune.

7.3.- Tanto premesso, si osserva
che, a prescindere dall'attendibilità
o meno dei dati relativi ai tempi di
percorrenza, dalla tabella allegata
alla relazione risulta che per i due
Comuni di [REDACTED] e [REDACTED]
[REDACTED] non è rispettato il
tempo massimo di sessanta minuti
per alcuno dei quattro presidi
indicati, stante la distanza minima
dal più vicino presidio di [REDACTED]
di 64 minuti (57 km) del primo e di
81 minuti (59 km) del secondo.
Inoltre, a contrasto con le risultanze
di detta tabella l'appellante ha
prodotto l'attestato dell'ufficio
tecnico comunale di [REDACTED] in
cui si dichiara che la distanza dai
Presidi di [REDACTED] e [REDACTED] è
percorribile in 50 (42 km) e 45 (km
37) minuti (la tabella indica 43' per
entrambi), nonché gli analoghi
attestati dei Comuni di [REDACTED]
[REDACTED] [REDACTED] e [REDACTED]
nei quali si dichiara che le rispettive

distanze dal presidi di [REDACTED] e [REDACTED] sono percorribili in oltre un'ora (la tabella indica per [REDACTED] [REDACTED] 59', 59 km, da [REDACTED] e 60', km 54, da [REDACTED] per [REDACTED] 58' da [REDACTED], km 59, e da [REDACTED], km 54; per [REDACTED] 60' da [REDACTED] km 48, e da [REDACTED], km 45), dovendosi seguire il tracciato di una strada provinciale tortuosa che si collega alla vecchia strada statale n. 106, caratterizzata da traffico intenso e pericoloso durante il periodo estivo.

7.4.- Ma, al di là dei reali tempi di percorrenza, appare chiaro che, come la Sezione ha rilevato nel non diverso caso della riconversione del presidio ospedaliero di [REDACTED] sull'opposto versante tirrenico (vedasi la ripetutamente citata n. 2576 del 2014), il contestato piano di riordino della rete ospedaliera non ha tenuto in debito conto il bacino d'utenza dell'ospedale "Chidichimo", costituito non solo dalla fascia costiera ma anche dalle

aree montane dell'Alto Ionio, nonché la conformazione orogeografica e le condizioni di viabilità dell'intera zona, le quali incidono negativamente e strutturalmente sulla effettiva percorribilità nei tempi prescritti dagli standard di emergenza/urgenza, a cui si aggiungono il traffico caotico sulla strada statale in periodo estivo e le più che prevedibili avverse condizioni climatiche in periodo invernale (cfr., sul punto, anche questa sez. III, 30 maggio 2012 n. 3242).

In altri termini, poiché per la maggior parte del predetto bacino è verosimilmente stimabile un tempo di percorrenza maggiore di 60 minuti verso i presidi di [REDACTED] e [REDACTED], ma anche verso quello di [REDACTED], appare ben poco credibile che la contestata riconversione dell'ospedale "Chidichimo" consenta la concreta possibilità del rispetto del livello

essenziale di assistenza concernente la c.d. *golden hour*.

7.5.- Né siffatta situazione è ovviata dal servizio di elisoccorso, allo stato non “dedicato”, sicché i rispettivi mezzi sarebbero costretti all’uso di superfici di emergenza, con i conseguenti limiti ed incertezze connessi a tali superfici, prive di dotazioni tecnico strumentali e corrispondenti margini di sicurezza.

7.6.- Non senza dire che neppure soccorre, in taluni casi, la maggior vicinanza al presidio di Policoro, in Basilicata, dal momento che, come già osservato dalla Sezione nell’accennato, analogo precedente, il rispetto dei LEA nel piano in parola “non può formalmente dipendere da scelte di programmazione sanitaria di competenza del Servizio sanitario della Regione [REDACTED], che - allo stato - dagli atti non risulta chiamata a cooperare per la soddisfazione dei fabbisogni di prestazioni sanitarie del Servizio sanitario della Regione [REDACTED].

8.- In conclusione, l'appello va parzialmente accolto, con assorbimento di ogni altro profilo di censura non trattato. Ne deriva la riforma della sentenza appellata nel senso dell'accoglimento altrettanto parziale del ricorso di primo grado ed annullamento, ai fini dell'adozione di nuove determinazioni, degli atti impugnati limitatamente al decreto commissariale 22 ottobre 2010 n. 18, *in parte qua*, ed agli atti successivi commissariali ed aziendali legati a tale decreto da vincoli di presupposizione.

Nella complessità della controversia si ravvisano giuste ragioni per disporre la compensazione tra tutte le parti presenti delle spese di entrambi i gradi di giudizio.

P.Q.M.

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Terza), definitivamente pronunciando sull'appello, come in epigrafe proposto, accoglie il medesimo appello nei sensi e nei limiti di cui

in motivazione e, per l'effetto, in riforma della sentenza appellata accoglie il ricorso di primo grado negli stessi sensi e limiti ed annulla, ai fini dell'adozione di nuove determinazioni, gli atti impugnati limitatamente al decreto commissariale 22 ottobre 2010 n. 18, *in parte qua*, ed agli atti successivi commissariali ed aziendali legati a tale decreto da vincoli di presupposizione.

Spese compensate.

Ordina che la presente sentenza sia eseguita dall'autorità amministrativa.

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 26 febbraio 2015 con l'intervento dei magistrati:

Gianpiero Paolo Cirillo,

Presidente

Vittorio Stelo, Consigliere

Angelica Dell'Utri, Consigliere,

Estensore

Roberto Capuzzi, Consigliere

Lydia Ada Orsola Spiezia,

Consigliere

L'ESTENSORE IL PRESIDENTE

DEPOSITATA IN SEGRETERIA

Il 27/04/2015

IL SEGRETARIO

(Art. 89, co. 3, cod. proc. amm.)

© 2014 - giustizia-amministrativa.it

[Mappa del sito](#)

[Guida al sito](#)

[Regole di accesso](#) [Accessibilità](#)

[Condizioni di utilizzo](#) [Informativa privacy](#)